

PLAN DEL PROGRAMA PARA LA TRANSICION DE LA ASISTENCIA PUBLICA AL TRABAJO (WELFARE TO WORK - WTW)

CONVENIO DE ACTIVIDADES

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____	
NOMBRE DEL CASO: _____	
NUMERO DEL CASO: _____	NUMERO DE IDENTIFICACION: _____
NOMBRE DEL TRABAJADOR DE WTW: _____	

ACTIVIDAD

- Mi actividad asignada es _____
Entiendo que si no participo en esta actividad de la manera requerida, y el condado no decide que tengo un motivo justificado para no hacerlo, se reducirá mi asistencia monetaria.
 - Entiendo que también tengo que participar en _____ (actividad).
Entiendo que si no participo en esta actividad de la manera requerida, y el condado no decide que tengo un motivo justificado para no hacerlo, se reducirá mi asistencia monetaria.
 - Entiendo que no tengo que participar en la actividad de _____ por el momento, pero de todas maneras estoy de acuerdo en participar en esta actividad de (tipo de actividad) _____, y completarla. Mi trabajador de WTW me describió esta actividad. Entiendo que si dejo de participar en esta actividad y el condado no decide que tengo un motivo justificado para no participar, no se reducirá mi asistencia monetaria, pero es posible que no se me permita participar en WTW por un período de tiempo.
- Entiendo que si no asisto a las actividades _____ / _____ de la manera en que lo requiere WTW o si no progreso de una manera satisfactoria en mi actividad asignada, WTW determinará la razón, y es posible que tenga que participar en otra actividad. Entiendo que en las fechas a continuación tengo que presentarle a mi trabajador de WTW, pruebas de que estoy progresando de una manera satisfactoria.

Actividad: _____ Fecha en que se debe presentar la prueba: _____

Actividad: _____ Fecha en que se debe presentar la prueba: _____

- Entiendo que tengo un plazo de hasta 30 días para pedir un cambio en mi actividad, una vez que ésta comience. Entiendo que solamente puedo cambiar mi actividad una vez. Si WTW consiente al cambio, sé que tendré que firmar un nuevo "Convenio de actividades".

LUGAR Y HORARIO

Actividad: _____ Actividad: _____

Comienza: _____ Se anticipa que termine: _____ Comienza: _____ Se anticipa que termine: _____

Lugar y horario: _____ Lugar y horario: _____

- WTW me mandará el lugar y horario de mi actividad _____ a más tardar _____ (fecha).
- Iré a _____ (lugar) en/a más tardar _____ (fecha) a fin de obtener información sobre el lugar u horario de mi actividad de _____.
- Le daré a mi trabajador de WTW una copia del horario de mi actividad de _____ a más tardar _____ (fecha). Le avisaré a mi trabajador de WTW si hay algún cambio y también le daré una copia de los cambios, si así lo requiere.

SERVICIOS DE APOYO

WTW está de acuerdo en pagar los servicios de apoyo (cuidado de niños; transporte; y gastos relacionados al trabajo, educación, y entrenamiento) si los necesito para participar en WTW y las reglas de WTW lo permiten.

He revisado mi necesidad de servicios de apoyo de WTW con mi trabajador de WTW. Entiendo que no tengo que participar hasta que se hagan los arreglos específicos para que reciba los servicios de apoyo que necesito. Entiendo que tengo que informarle de inmediato a mi trabajador de WTW de cualquier cambio en mi necesidad de servicios de apoyo, o si dejo de necesitarlos. Si no reporto los cambios por adelantado, es posible que WTW no pueda pagarlos. Entiendo que si WTW paga por más servicios de apoyo de los que necesito para participar en WTW, tendré que reembolsar el costo de estos servicios.

CERTIFICACION

Entiendo que mi "Plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo" incluye este formulario, el "Plan del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo – Derechos y responsabilidades" y el "Manual del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo". Entiendo que en estos documentos, se me explican las actividades y los servicios de WTW, así como mis derechos y responsabilidades como participante de WTW. He recibido una copia del "Manual del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo". Entiendo que puedo hablar con mi trabajador de WTW si tengo alguna pregunta. Entiendo que tengo tres días laborales para considerar las condiciones de este "Convenio de actividades" una vez que lo firme. Entiendo que si quiero cambiar las condiciones de este "Convenio de actividades", tengo que avisarle a mi trabajador de WTW a más tardar para _____ (fecha). Si no le aviso a mi trabajador de WTW para esa fecha, se considera final este "Convenio de actividades". Si WTW está de acuerdo en cambiar este "Convenio de actividades", y firmo uno nuevo, entiendo que el nuevo "Convenio de actividades" se considera final.

He leído (o se me ha leído) y entiendo este "Convenio de actividades" y he recibido una copia del mismo. Si no cumplo mis responsabilidades sin tener un motivo justificado, sé que hay ciertas sanciones y que mi asistencia monetaria puede ser afectada.

FIRMA DEL PARTICIPANTE _____	FECHA _____
FIRMA DEL TRABAJADOR DE WTW _____	TELEFONO _____
	FECHA _____